1982 - N° 4



Saint-Luc Médical

organe trimestriel de la
société médicale belge de
saint-luc.

rédacteur en chef honoraire :
r. de guchteneere

rédaction :
Prof. J. Lederer

cinquante et unième année

4 - 1982

Editeur responsable Prof. J. Lederer - Dr G. Vandenberghe
avenue de l'Yser 19 1040 Bruxelles C.C.P. 000-0321178-11

SAINT-LUC MEDICAL

SOMMAIRE

Pour ceux qui n'auraient pas encore renouvelé leur cotisation (500 fr.), qu'ils le fassent au plus tôt ! Société Médicale St. Luc, avenue de l'Yser, 19, 1040 Bruxelles, C.C.P. 000-0321178-11 ; tél. 02/735 36 02.

N° 4 - 1982

SAINT-LUC A 60 ANS

J. LEDERER

C'est le soixantième anniversaire de la fondation de la Société Médicale Saint-Luc. Soixante ans, quelle étape dans la vie d'un homme ! Quelle étape dans la vie d'une société !

Pareil anniversaire donne l'occasion de faire un retour en arrière, de considérer le chemin parcouru, de faire le bilan de l'œuvre accomplie et surtout d'évaluer la tâche qui nous attend.

C'est à l'initiative du docteur Léon Goedseels que le 22 février 1922 quelques médecins se réunirent pour fonder une association de médecins catholiques; parmi eux se trouvaient le R.P. Vermeulen et les docteurs Joseph De Lantsheere, Emile Van Hoeck, René Warlomont et Maurice Wibo.

Ils s'adressèrent au professeur Aimé Morelle pour lui offrir la présidence parce qu'ils savaient qu'ils pouvaient compter sur son dynamisme et son prestige pour communiquer à cette jeune société à la fois un rayonnement et une efficacité.

On ne pourra jamais assez rendre hommage à la mémoire du professeur Aimé Morelle et du docteur Léon Goedseels qui assuma la lourde tâche du secrétariat. C'est eux qui surmontèrent les obstacles et les difficultés que rencontrait cette initiative.

Au professeur Morelle succéda le Docteur Wibo qui assuma la présidence durant plus de 20 ans, jusqu'en 1954. Aucune difficulté ne le rebutait; il avait une énergie et une capacité de travail qu'il dépensa pour une large part au développement de Saint-Luc. C'est grâce à lui que cette société atteint le développement qu'elle connut avant et surtout après la deuxième guerre mondiale.

Grâce à son prosélytisme, Saint-Luc prit une importance toujours plus grande et sur son initiative, en 1929, fut fondé le Bulletin. Assez rapidement, le docteur Goedseels se déchargea de la rédaction du Bulletin sur un jeune confrère dont on devait beaucoup parler plus tard, le docteur Raoul de Guchteneere.

Celui-ci, extrêmement actif dans le domaine des problèmes éthiques modifia le nom de la revue qu'il appela Saint-Luc Médical. Par des articles et un livre, il mobilisa l'attention des médecins et des moralistes sur un certain nombre de problèmes bien concrets et notamment sur celui de la limitation des naissances qu'on osait à peine évoquer à cette époque.

C'est après la guerre que, sous l'action énergique de son président, Saint-Luc essaima en province, à Charleroi, à Liège, à Mons, à Namur, à La Louvière, à Anvers, à Gand, à Bruges, à Hasselt, à Saint-Nicolas, à Malines, à Turnhout.

C'est dire que le secrétariat de Saint-Luc était devenu une charge extrêmement lourde pour laquelle le docteur Goedseels s'adjoignit un jeune médecin, le docteur Arthur Thulliez auquel il passa bientôt la main.

De 1946 à 1952, le docteur Arthur Thulliez fut, pour reprendre les termes du professeur Van Gehuchten « le pilote tenant la barre du navire, lui assurant la route, lui évitant les écueils et les dangers ».

C'est le docteur Thulliez qui prit l'initiative de créer les colloques médecins et moralistes. Ainsi furent organisées régulièrement des séances sur les problèmes d'éthique.

En 1954, le professeur Van Gehuchten devient président national et le docteur Wibo est nommé président d'honneur.

A cette époque, compte tenu du rôle national de notre association et dans l'espoir de voir notre esprit s'implanter plus profondément dans nos deux communautés linguistiques, le Conseil Général a créé le Verbond Sint-Lucas et l'Association médicale Saint-Luc qui continuèrent la besogne dans un large esprit d'union et de compréhension chrétienne.

Le premier président du Verbond fut le Dr. Van de Putte et celui de l'association fut le Dr. Fanuel. Ils ont tous les deux joué un grand rôle dans l'excellent esprit avec lequel la scission put, grâce au but commun entretenir la collaboration et l'amitié des médecins des deux parties de notre pays.

Le professeur Van Gehuchten prit l'initiative des journées d'étude à la préparation des étudiants de l'Université de Louvain à leur vie de médecins. Ces journées furent organisées par Saint-Luc durant 5 ans. Ensuite, les Universités prirent elles-mêmes en main cette préparation.

C'est aussi à cette époque que Saint-Luc entra en relation avec les associations des médecins catholiques des autres pays et devint membre de la F.I.A.M.C. (Fédération Internationale des associations Médicales Catholiques).

C'est ainsi que nous avons pris une part importante à l'organisation de la première conférence catholique mondiale de la santé à Bruxelles. C'était un spectacle splendide de voir ces deux mille par-

ticipants, médecins, pharmaciens, infirmières, responsables des institutions hospitalières, jeunesses de Saint-Luc, tous réunis dans le grand hall du palais du centenaire.

C'est ainsi que nous avons pris part au Congrès International des médecins catholiques à Munich. Le sujet était la limitation des naissances. Le docteur De Guchteneere parla de l'aspect médical et éthique et le père Mertens de l'aspect social et moral.

Sous la présidence du Professeur Van Gehuchten furent organisées des récollections à Maredsous, à Orval, à Chevetogne, et même à Taizé.

En 1963, le docteur De Gheldere succède à la présidence. Il a pris une part active à la création de l'Association Européenne des Médecins catholiques et il a beaucoup contribué à réunir tous les médecins catholiques en une fédération. Nous regrettons que, pour des raisons de santé, il ne soit pas parmi nous ce soir.

En 1967, le docteur Libbrecht est appelé à la tête de Saint-Luc en même temps que le docteur Kluyskens à la présidence du Verbond et le docteur Marchandise à la tête de l'association et le docteur Van Grunderbeek comme rédacteur en chef du Bulletin. Le grand souci du dynamique président était la lutte contre l'avortement.

En 1971 fut organisé un congrès international sur l'avortement. Celui-ci eut un grand retentissement tant dans la presse internationale que dans la presse médicale.

Nous avons été à l'avant-garde de l'étude des aspects médicaux, juridiques, éthiques et moraux de ce problème. Nous sommes, surtout dans les circonstances actuelles, persuadés qu'une meilleure étude des circonstances dans lesquelles surviennent les grossesses non souhaitée est à la fois utile et même indispensable.

Nous avons la conviction qu'une meilleure organisation de l'accueil des femmes en détresse pourrait profondément modifier les données du problème.

Malheureusement, le docteur Libbrecht mourut avant la fin de sa présidence et à peu près en même temps que le Dr. Van Grunderbeek.

C'est un de mes vieux amis, le docteur Pierre Marchandise qui devint président national, le docteur De Schepper, secrétaire général et le docteur Vandenberghe responsable de la rédaction du Bulletin.

Le docteur Pierre Marchandise dont j'ai connu l'intelligence et la délicatesse depuis les années de collège a eu la charge d'orga-

niser le 4ème congrès de la Fédération Européenne des Associations Médicales Catholiques. D'accord avec le comité et notre ami Jean Kluyskens, devenu entretemps président de la Fédération Européenne, le thème choisi fut « Médecin catholique aujourd'hui ». La qualité des rapports qui y furent présentés donna aussi à ce congrès un grand retentissement.

Hélas, tout comme son prédécesseur, le docteur Marchandise disparut avant la fin de sa présidence, au retour d'un pélerinage à Jérusalem.

C'est dans ces conditions que, grâce à l'amitié des membres du Conseil, je devins président. Nous avons beaucoup parlé du passé, parlons de l'avenir.

Le premier but, le plus immédiat doit être de trouver une stratégie pour arriver à empêcher le vote du projet de la loi Herman-Michielsen, dont l'exposé des motifs est assez moralisateur mais, qui dans les faits est aussi permissif que le projet De Tiège récemment rejeté. Nous nous sommes mis en rapport avec des magistrats, des moralistes, des organisations sociales de manière à fournir à tous ceux qui ne sont pas du même bord philosophique que nous des arguments pour les amener à ne pas voter ce projet.

Le deuxième but est de lutter contre une certaine désaffection des jeunes et de rendre une nouvelle vigueur à Saint-Luc. Là, je suis assez optimiste, car à Bruxelles, le docteur Sacré fait un effort énorme de propagande auprès des jeunes qui commence à porter ses fruits. A Tournai vient de se fonder un nouveau cercle Saint-Luc qui tiendra sa première séance le mardi 19 octobre. Nous allons faire un effort pour rendre plus de vie à certains cercles devenus léthargiques.

Toutefois, je vous demande à chacun de vous de nous aider dans cette tâche. Si chacun de vous amenait un jeune à s'affilier, nous serions une association vraiment très puissante. Cela, chacun le peut et je compte sur vous pour donner à Saint-Luc une nouvelle envolée à un moment où tant de problèmes éthiques se posent.

Je ne doute pas qu'avec l'aide de nos deux aumoniers, les Révérends Pères Cuypers et Devos, qu'avec la collaboration de vous tous, l'avenir s'annonce favorable pour Saint-Luc.

Pour ceux qui n'auraient pas encore renouvelé leur cotisation (500 fr.), qu'ils le fassent au plus tôt ! Société Médicale St. Luc, avenue de l'Yser, 19, 1040 Bruxelles, C.C.P. 000-0321178-11 ; tél. 02/735 36 02.

L'ORDINATEUR PEUT-IL REMPLACER LE MEDECIN ?

par le Docteur Francis H. ROGER (1)

L'informatique envahit la médecine comme les autres secteurs d'activité du monde actuel. Dans ce domaine, si proche de l'être humain, la fiction a souvent précédé la réalité. Les craintes de voir le médecin remplacé par une machine, particulièrement en matière de diagnostic, restant profondément ancrées, de même que le spectre d'une déshumanisation de la relation médecin-malade et d'une augmentation de l'emprise technologique.

L'expérience du diagnostic médical assisté par ordinateur au cours des 25 dernières années nous permet, à présent, de resituer l'ordinateur à sa juste place, celle d'un instrument destiné à aider l'homme à décider, plutôt que de le considérer comme une technologie susceptible de le remplacer. Contrairement aux craintes exprimées généralement, les résultats obtenus vont dans le sens d'un renouement de la médecine avec la tradition humaniste. Ils incitent même à un renouveau de l'éthique médicale.

Nous croyons que la tension qui existe entre adversaires et avocats de ces méthodes informatiques ne pourra s'aplanir que lorsque les médecins seront mieux avertis du moment où il vaut mieux demander l'aide de l'ordinateur, et de celui où le jugement humain reste le meilleur.

1. Recours au jugement humain.

Disons d'emblée que si l'ordinateur peut nous aider à acquérir des informations chez un patient et à résoudre un problème bien délimité, l'homme est nettement supérieur à la machine dans l'art de cerner les problèmes d'un patient. Il possède un sens critique qu'il doit constamment exercer, comme l'historien, pour vérifier la crédibilité de ses sources d'informations : un patient peut lui mentir pour obtenir un certificat, et un test de laboratoire peut être anormal, non en raison d'une maladie, mais à cause d'une erreur de dosage. L'ordinateur est bien incapable d'exercer un tel jugement. Il n'est pas non plus apte à attribuer un poids relatif à chaque problème, c'est-à-dire à adapter à chaque individu. La machine électronique ne possède pas une série de facultés propres à l'être humain, comme celles de juger de la crédibilité d'une information, de reconnaître un individu

(1) Centre d'Informatique Médicale, Faculté de Médecine de l'UCL, 1200 Bruxelles.

dans une foule, de suspecter une maladie grave à l'aspect général d'un patient, de palper, d'opérer, de partager une joie ou une souffrance. L'ordinateur ne pourrait même pas soupçonner sa propre existence. Il est toutefois capable de mémoriser sans se fatiguer, de recevoir et de transmettre des messages (même si leur interprétation lui est étrangère et doit lui être apprise), de lire des caractères, de reconnaître des formes et des sons, de mimer la parole, de retenir certains faits, de raisonner logiquement, de calculer infiniment plus rapidement que l'homme, voire de prendre certaines décisions limitées. Mais, en médecine comme en astronautique, l'ordinateur ne peut être considéré que comme un moyen. En définitive, c'est l'homme qui fixe les objectifs et, face au malade souffrant, le médecin reste le seul responsable de la décision diagnostique dont l'a chargé la société.

C'est ce que nous avons tenté de schématiser dans la **figure 1.** Un patient se confie à un médecin qui tâchera, à partir des signes qu'il aura recueillis, d'établir un diagnostic utile. L'ordinateur ne vient qu'en dérivation du médecin, pour l'aider à identifier l'entité nosologique la plus probable. Bien que chaque clinicien puisse avoir une approche différente et que son attitude puisse même varier de patient à patient, sa démarche diagnostique peut être décomposée en trois étapes principales : d'abord une acquisition d'informations chez le patient, ensuite une interprétation des signes dans le cadre de ses connaissances, enfin une prise de décision dans l'intérêt du patient individuel.

Le médecin se constitue en premier lieu une banque de données, par trois voies : l'interrogatoire, l'examen clinique et les examens complémentaires. Il faut y ajouter l'évolution du malade, les modifications de la symptomatologie pouvant fournir des indications précieuses pour le diagnostic. L'acquisition de ces signes n'a toutefois de sens que s'ils peuvent être interprétés. Et pour cela, le médecin aura recours à sa banque de connaissances, faite de sa mémoire, de son expérience et de la consultation de la littérature. Il cherchera à établir des liens de correspondance entre les données brutes acquises chez le patient et les entités nosologique, selon la sémiologie qu'il a apprise, en tenant compte de la fréquence des maladies ainsi que du mécanisme causal susceptible d'expliquer la pathologie.

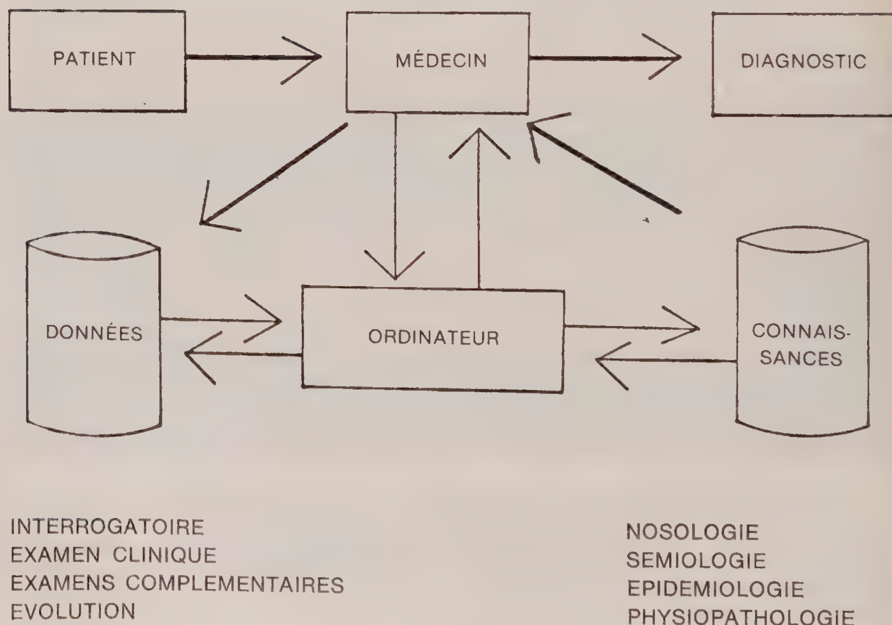
L'informatique a pris une place considérable dans l'acquisition des données des malades, surtout au niveau des examens complémentaires. Leur apport d'informations contribue à la documentation du diagnostic. Il nous paraît essentiel de les citer pour deux raisons.

D'abord, parce que les médecins ont beaucoup plus misé sur le développement de ces technologies d'acquisition de données assistées par l'ordinateur pour améliorer leur diagnostic que sur des programmes d'aide globale à la décision diagnostique, au cours des dernières années.

Ensuite, parce que les méthodes d'aide au diagnostic ont permis de chiffrer l'utilité relative de chaque type d'information pour aboutir à un diagnostic.

Au début du siècle, la réputation des grands cliniciens était basée sur la valeur irréprochable de leur sémiologie obtenue à partir de l'interrogatoire et de l'examen clinique. Comme le soulignait Jean Bernard (1), cette somme de données est progressivement apparue insuffisante ou non reproductible avec l'introduction de nouvelles technologies. L'importance des signes obtenus par la percussion et l'auscultation des poumons a fortement été réduite par l'apport de la radiologie et de la bactériologie. L'hématologie a bénéficié du développement des hémogrammes, des biopsies osseuses et de la scintigraphie. L'auscultation cardiaque a pourtant gardé toute son impor-

Figure 1 : L'ordinateur ne vient qu'en dérivation du médecin pour l'aider à identifier le dignostic le plus probable ou le plus utile.



tance, et l'apport fondamental de l'interrogatoire est remis en valeur par les méthodes d'aide au diagnostic, ce qui parait renverser la tendance actuelle d'accorder plus d'importance aux examens complémentaires. Ainsi, Hampton (2) a pu montrer qu'en consultation, 82 % des diagnostiics étaient obtenus par le seul interrogatoire, 9 % supplémentaires par l'examen clinique, et les 9 % restant par les demandes complémentaires.

2. **Recours à l'ordinateur.**

L'ordinateur peut apporter une aide au diagnostic dans le cadre de problèmes préalablement circonscrits par l'homme. Quatre méthodes principales sont utilisées :

— une estimation de la fréquence des maladies et des signes en recourant aux probabilités conditionnelles;

— le suivi d'une séquence logique, d'un chemin critique d'associations de signes proche de la recherche opérationnelle;

— la classification des signes et des maladies par des modèles statistiques;

— l'imitation de la démarche humaine par les méthodes d'intelligence artificielle.

Une description de ces méthodes a fait l'objet d'une autre publication (3).

L'homme ne procède pas de manière aussi formalisée et rigide qu'un modèle probabiliste logique ou mathématico-statistique. Ainsi, Eddy et Clanton (4) ont procédé à une étude critique de 50 conférences anatomo-cliniques parues dans le New England Journal of Medicine et concluent à la démarche suivante : d'abord une sélection de signes pivots, c'est-à-dire une ou deux informations, soit pathognomonique, c'est-à-dire n'existant que dans une seule maladie, ce qui est fort rare, soit particulièrement frappante, en ignorant provisoirement les autres informations. Ces signes clé peuvent être une douleùr abdominale, un souffle cardiaque ou une protéinurie.

Dès le départ, le clinicien agrège aussi certaines informations qui peuvent avoir une cause commune, comme une cyanose et un hippocratisme digital qu'il peut regrouper sous le terme d'hypoxie chronique. Le but de ces associations est de restreindre le nombre de causes possibles et d'y concentrer toute son attention.

Ensuite, il va procéder par induction et par déduction pour sélectionner le diagnostic le plus probable, en comparant généralement les diagnostics deux par deux et en procédant par éliminations successives.

Cette démarque est simulée par les modèles d'intelligence artificielle qui imitent un dialogue axec un expert et fournissent des explications sur le raisonnement diagnostique.

La méthode informatique la plus ancienne d'aide au diagnostic est l'approche probabiliste. Elle considère un ensemble bien défini de groupes pathologiques basés sur une population de référence et un ensemble de symptômes également bien définis. Le théorême de Bayes permet d'évaluer la probabilité d'une maladie chez un patient étant donné les symptômes observés chez lui.

Dans cette application, comme dans la plupart des programmes d'aide au diagnostic, le médecin travaille de manière interactive en temps réel à l'aide d'un clavier. Prenons le diagnostic différentiel des abdomens aigus illustré par de Dombal (5). L'ordinateur pose des questions et le médecin y répond. Il demande, par exemple, l'âge et le sexe du patient, ses antécédents opératoires, la durée, l'intensité, la localisation de la douleur abdominale, les signes cliniques, comme une réaction de défense, la palpation d'une masse, l'existence ou non de bruits abdominaux, etc.... Le programme fonctionne de manière itérative, pour arriver à dégager les maladies les plus probables. Il fournit sa réponse sous la forme d'une liste de diagnostics à laquelle il associe une probabilité. Ex. appendicite 95,8 % ; salpingite 4,2 %, etc.... La performance de l'ordinateur est jugée meilleure que celle des cliniciens. Ainsi, à partir de près de 4.000 observations d'abdomens aigus, le premier diagnostic le plus probable a été jugé correct après l'intervention chirurgicale, dans 91,8 % des cas, alors que les cliniciens les plus avertis n'atteignaient que 79,6 % des cas, ce qui était meilleur que les chirurgiens moins expérimentés (77 %) ou en voie de formation (72,2 %). Les étudiants n'obtenaient que 42 % de diagnostics corrects.

Deux facteurs paraissent expliquer la supériorité de la formule de Bayes par rapport à l'intuition du clinicien. En premier lieu, l'estimation de la prévalence des maladies rares à partir d'un ensemble de cas réels. L'être humain apparaît particulièrement démuni dans cette estimation. Il fait mal la différence entre la fréquence d'1/1000 et 1/10000. Pour lui, tout est « rare », alors que le calcul des probabilités est beaucoup plus précis. En second lieu, l'ordinateur peut estimer à partir d'une grande masse de cas réels la probabilité d'un signe étant donné un diagnostic. Les traités de médecine sont loin d'être aussi précis. Ils diront qu'une tumeur cancéreuse dans un sein est habituellement nodulaire, presque toujours ferme, souvent indolore sans chiffrer ces fréquences d'associations.

Le théorême de Bayes a cependant une importante limitation. Il n'est vraiment performant que dans le cadre de problèmes restreints où le nombre de diagnostics et de symptômes est limité.

Un autre outil de l'aide au diagnostic applique les méthodes statistiques. Elles sont légion et reposent essentiellement sur les **modèles multidimensionnels.** Leur concept de base est compréhensible intuitivement mais particulièrement élaboré sur le plan mathématique. Ces méthodes ont en commun de situer chaque individu malade dans un espace à autant de dimensions qu'il y a de variables analysées. Elles ont l'avantage de pouvoir traiter simultanément un grand nombre de variables. Cette capacité est très supérieure à celle de l'être humain qui a été estimée à 7 ± 2 informations simultanées.

Un autre intérêt majeur de ces méthodes est leur pouvoir discriminant qui isole les informations pertinentes pour établir un diagnostic. L'analyse discriminante dans le diagnostic des hématémèses a montré que le nombre d'informations utiles pouvait se réduire à 6 variables (Morgan, 1977). Dans la dyspepsie, 3 variables seulement sont réellement discriminantes (Kayghlay, 1979).

3. **Impact sur la pensée médicale.**

Lors de toute grande innovation technique, l'homme a besoin d'un délai d'adaptation où il cherche en premier lieu à imiter avec le nouvel instrument, ce qu'il faisait antérieurement avant d'utiliser les ressources propres aux nouveaux moyens dont il dispose.

Par analogie, citons l'exemple de la voiture, héritière de la calèche, tirée par un cheval. Les premières automobiles en avaient la forme et la vitesse, avant de devenir aussi aérodynamiques et rapides qu'aujourd'hui. En informatique médicale, la situation paraît similaire. Ainsi, pour l'acquisition de connaissances, les radiologues ont d'abord essayé d'utiliser l'ordinateur pour interpréter des clichés radiologiques traditionnels. Les résultats furent nettement moins bons que ceux de l'homme, l'ordinateur n'ayant pas la même capacité de reconnaissance du détail significatif et considérant de manière équivalente les milliers de bits à analyser par image. Par contre, lorsque Hounsfield (6) a imaginé de combiner la technique des Rayons X avec le calcul de la densité des tissus traversés pour obtenir des images impossibles à visualiser sans l'aide de l'ordinateur, comme les structures encéphaliques, le progrès était évident, et la commercialisation du système a rapidement suivi.

En matière d'aide au diagnostic, les premiers travaux ont aussi eu pour seul but de vérifier si des programmes informatiques pouvaient imiter les spécialistes médicaux.

Comme les réponses de l'ordinateur n'étaient pas nettement supérieures aux hypothèses des aspects médicaux, ou comme elles requéraient pas mal de temps et d'initiation pour pouvoir être appli-

quées, il n'est pas étonnant que ces méthodes d'aide à la décision n'aient pas reçu le même accueil que les techniques d'acquisition de données d'un type nouveau comme la tomodensitométrie. Schwartz (7) estime que les cliniciens craignent l'analyse décisionnelle dans la mesure où elle risque de les forcer à modifier leur mode de pratique en la déshumanisant et en la technicisant. Il s'insurge contre cette appréhension en faisant remarquer que le recours à l'ordinateur n'est souhaitable en pratique que pour les cas particulièrement sévères ou complexes. Pour la majorité des décisions simples, l'opinion des experts paraît amplement suffire.

La question actuelle n'est plus de savoir ce que l'ordinateur peut faire en matière d'aide au diagnostic, mais ce qu'il est utile qu'il fasse.

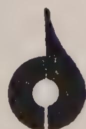
Blois a représenté la démarche diagnostique sous la forme d'un entonnoir où l'on restreint progressivement le volume des informations pour aboutir à un nombre limité d'hypothèses (8). Son diamètre le plus large, représente le début du processus diagnostique, et le plus étroit, la conclusion.

L'ordinateur n'apparaît vraiment utile que dans la partie étroite de l'entonnoir, après que le jugement humain ait discerné les problèmes à résoudre, et ait identifié les signes pivots. L'ordinateur ne devient réellement plus performant que dans les microcosmes d'informations dont les limites ont été bien définies.

En d'autres mots, si l'homme est cultivé, l'ordinateur est seulement scientifique, et encore, uniquement dans le cadre de limites bien établies, de tiroirs de connaissances. Il n'est pas inventif mais programmé, et il ne peut comprendre le sens des informations qu'il traite. Par contre, l'intuition humaine n'atteint pas le degré d'exactitude du calcul de fréquence des signes et des maladies rares, à partir de populations de patients. Le jugement humain n'est, de plus, pas aussi discriminant que les méthodes probabilistes, logiques, et statistiques ou d'intelligence artificielle pour distinguer les informations les plus pertinentes en matière de diagnostic. Bref, si l'homme pose mieux les problèmes que l'ordinateur, la machine estime mieux la probabilité diagnostique et sélectionne mieux les informations critiques les plus discriminantes pour y arriver. C'est dans ces deux domaines que l'impact du diagnostic médical assisté par l'ordinateur paraît bien être le plus grand.

Les conséquences du changement d'attitude intellectuelle que préconisent les méthodes que nous venons de décrire nous paraissent importantes. Nous en citerons six :

1. Contrairement à ce que certains ont pu craindre, l'ordinateur ne vient pas remplacer l'homme et déshumaniser la médecine. Nous avons montré qu'il peut l'aider à gérer ses informations en le libé-



rant de l'effort de mémorisation et en lui fournissant des méthodes de sélection des informations pertinentes. Il lui donne la possibilité de consacrer à nouveau plus de temps au dialogue médecin-malade et de renouer avec la tradition humaniste de la médecine.

2. Toutes les méthodes citées vont dans le sens d'une réduction de la quantité d'informations nécessaires pour résoudre les problèmes des patients, en concentrant l'attention sur les variables discriminantes. Elles viennent donc à point au moment de la restriction des ressources économiques pour distinguer l'essentiel de l'accessoire et contribuer à la réduction du coût des soins, tout en assurant leur qualité.

3. Elles autorisent aussi une redistribution des responsabilités médicales, au moment où des alternatives aux soins hospitaliers sont envisagées, comme les soins à domicile des diabétiques ou des hypertendus, en fournissant des outils d'aide à la décision aux médecins généralistes, voire aux malades eux-mêmes.

4. Elles offrent de nouvelles voies d'orientation à la recherche clinique, en demandant, entre autres, de quantifier les signes, les maladies et leur pronostic dans des populations de malades.

5. Elles demandent de repenser l'enseignement de la médecine, trop dépendant aujourd'hui de la mémoire, en réduisant le nombre de faits à retenir. Elles donnent la priorité aux méthodes de décision médicale, en apprenant quelles sont les bonnes questions à poser et les examens complémentaires à sélectionner en fonction de chaque problème.

6. Enfin, elles sont à la base d'une nouvelle éthique médicale. Comme le souligne Hamburger (9) le devoir d'une évaluation rigoureuse des données sur lesquelles la décision médicale est fondée (...) devient le premier devoir de la profession médicale tout entière, car elle constitue un problème d'organisation collective et pas seulement individuelle.

5. **Conclusion.**

En conclusion de cette analyse, nous avons tenté de clarifier les possibilités et les limites actuelles des systèmes informatiques en matière de diagnostic, et cette approche nous a obligé, en même temps, de mesurer la taille et les limites de l'homme.

Le fait de savoir que l'ordinateur peut être plus performant que l'être humain dans certains domaines, même circonscrits, nous donne un sens des proportions et nous demande d'admettre que nos possibilités ne sont pas illimitées. L'informatique nous donne ainsi une leçon d'humilité intellectuelle, tout en renforçant le caractère humain de la relation médecin-malade.

Chaque époque a connu ses difficultés et ses défis, et l'homme a chaque fois recherché les instruments pour les surmonter. Aujourd'hui, nous devons faire face à une montagne d'informations par individu et à un vide d'indicateurs pertinents de la santé au niveau de la population. L'ordinateur nous permet de relever le défi, et de faire avancer la civilisation, si l'on accepte la théorie de Toynbee (10). Il vient comme une grâce, au moment d'une limitation sévère des ressources économiques pour nous aider à clarifier notre pensée, pour nous assister dans le choix de bonnes questions et des informations les plus utiles afin d'améliorer la qualité des soins et d'éviter les erreurs médicales. Il nous paraît, dès lors, devoir être considéré comme un instrument d'espérance plutôt que comme une menace pour l'homme.

Références.

1. BERNARD J.
The medical decision.
in : Decision making and medical care (de Dombal F.T. and Grémy F. Eds.).
North Holland Publishing Co, Amsterdam, p. 3-9, 1976.

2. HAMPTON J.R., HARRISSON M.J.G., MITCHEL JR.A. et al.
Relative contributions of history taking, physical examination and laboratory investigation to diagnosis and management of medical outpatients.
Brit. Med. J., I 486-489, 1975.

3. ROGER F.H.
Le Diagnostic médical assisté par ordinateur, Louvain Médical, 1982 (à paraître).

4. EDDY D.M. and CLANTON C.H.
The art of diagnosis. Solving the clinicopathological exercise.
N. Engl. J. Med., **306**; 1263-1268, 1982.

5. de DOMBAL F.T., LEAPER D.J., HORROCKS J.C., STANISLAND J.R., Mc CANN A.P.
Human and computer diagnosis of abdominal pain : further reports with emphasis on performance of clinicians.
Brit. Med. J. **4**, 376-380, 1974.

6. AMBROSE J. and HOUNSFIELD G.
Computerized transverse axial tomography.
Brit. J. Radiol. **46** : 148-149, 1973.

7. SCHWARTZ W.B.
Decision analysis : a look in the chief complaints.
N. Engl. J. Med. **300**, 556-559, 1980.

8. BLOIS M.S.
Clinical Judgement and Computers.
N. Engl. J. Med. **303**, 192-197, 1980.

9. HAMBURGER J.
La vie du médecin d'aujourd'hui est faite de responsabilités de plus en plus terribles.
Journal de Genève, Samedi Littéraire, p. 1-3.

10. TOYNBEE A.
L'Histoire.
Elsevier Sequoia, Paris-Bruxelles, 975, 458 p.

BIOGRAPHIE : LE PERE GUSTAVE LE PAIGE S.J.

par le Docteur Jean van Laethem

« Je désire que le Chili me laisse reposer sur son territoire, à San Pedro de Atacama, car c'est dans le désert que j'ai rencontré la Providence et que j'ai trouvé la raison de ma vie. Je crois qu'ici j'ai été plus utile que nulle part ailleurs et je veux mourir ici ». Ce sont les paroles exprimées avec une grande émotion par ce prêtre, chercheur, qui a étudié scientifiquement le peuple et la culture d'Acatama; fondateur et directeur du Musée Archéologique de San Pedro de Acatama; Docteur Honoris Causa de l'Université du Nord. Il ajoute à cela le titre de Chevalier de l'Ordre du Mérite Bernardo O'Higgins et il a obtenu gracieusement la nationalité chilienne en 1972, sans perdre sa citoyenneté belge. Il s'agit du Père Gustave Le Paige.

« Ici, dans le désert, dans cette oasis grande et petite de la « puna » chilienne, mes aspirations scientifiques ont trouvé une ambiance « prédestinée » pour mener à bien des recherches qui, à présent, étonnent notre pays. Elles ne constituent que le seuil de quelque chose de grandiose et, même si je ne parviens pas à le voir, je suivrai, comme un témoin muet, l'avenir de la merveilleuse recherche jaillie de nos premières études ».

Le Père Le Paige s'est éteint à Santiago le 20 mai 1980. Il vivait au Chili depuis 27 ans. Il faisait partie des principales Académies chiliennes d'ordre scientifique et il était membre de sociétés étrangères. Il a organisé des congrès archéologiques et il a participé activement à différentes manifestations nationales et internationales. Son œuvre est reconnue mondialement à cause de la valeur archéologique de pièces uniques conservées au Musée. Parmi elles 5000 momies naturelles — des corps déshydratés — objet d'études minutieuses qui lui ont permis de découvrir le degré sanguin de plus de 70. Parce que ce sont des corps déshydratés, datant parfois de 10.000 ans avant Jésus-Christ, il faut toujours les maintenir dans leur atmosphère. « Si quelqu'un avait l'idée de les changer de place, toute son œuvre serait perdue ».

Le monument au Père Le Paige, qui sera dressé à San Pedro de Atacama, est déjà terminé. L'ordre d'exécution a été donné par le Président de la République comme hommage du peuple chilien pour son apport extraordinaire au patrimoine culturel.

Saan Pedro de Atacama est un petit village d'aspect typiquement colonial; ses alentours ont un grand attrait touristique. Il est situé à 300 kilomètres au nord-ouest d'Antofagasta, chef-lieu de la Deuxième

Région qui se trouve à 1.500 kilomètres au nord de Santiago. Outre le Musée il existe d'autres centres d'intérêt comme la maison construite pour le Conquérant du Chili, Pedro de Valdivia, et l'église, véritable symbole de l'époque.

Lorsque le Père Le Paige arriva pour accomplir sa mission sacerdotale à San Pedro de Atacama, il ne cacha pas son énorme intérêt scientifique de découvrir ce que cache le désert. Les gens le reçurent avec scepticisme et beaucoup le traitèrent de bizarre.

Hardiment, avec beaucoup de sacrifices et d'optimisme, il commença sa tâche délicate et difficile en brisant une série de mythes. Son premier exploit fut d'escalader le Volcan Licancabur, de plus de 6.000 mètres d'altitude dans la « puna » d'Atacama. Personne ne se risquait à le faire car « celui qui parvenait à son sommet ne revenait pas ».

Il atteignit le cratère et c'est là qu'il découvrit une des momies les plus intéressantes qui date peut-être de 10.000 ans avant Jésus-Christ. Il la baptisa « Miss Chili » à cause de l'extraordinaire beauté de ses traits d'originaire d'Atacama.

L'œuvre du Père Le Paige est contenue dans de nombreuses publications et il est très difficile d'en donner une synthèse. Cependant, pour essayer de donner une idée d'ensemble de ce qui a été fait, voici une nomenclature de sites où l'on a abouti à des trouvailles. On a divisé ces sites en quatre catégories :

1) Sites paléolithiques ou de pierre taillée que certains appellent pré-céramique et qui comprennent trois époques différentes.

2) L'habitat, les villages, les lieux de séjour avec des vestiges de constructions en ruines. Ils sont également divisés en plusieurs époques, du paléolithique aux constructions espagnoles, auxquelles il faut ajouter les sites avec des pétroglyphes.

3) Les cimetières avec leurs 5.100 tombes, sauvées et cataloguées.

4) Une nomenclature brève et générale de chaque catégorie d'objets et du matériel de l'époque néolithique ou agro-céramique, conservés au Musée.

Bien des pièces sont uniques au monde, comme les corps déshydratés, les « vases en or » trouvés dans l'oasis avec divers objets finement élaborés dans le style classique de Tiwanaku, comme des haches en or, en cuivre et en étain. C'est le reflet d'un art véritable, typique de l'époque.

Le Père Gustave Le Paige de Walque est né le 24 novembre 1903 à Tiller, près de Liège. Il avait dix frères et sœurs et trois d'entre eux

ont opté pour la vocation religieuse. Son père et son grand-père ont été Recteurs de l'Université d'Etat de Liège et professeurs connus de mathématiques anciennes, d'astronomie, en même temps qu'historiens et géologues. Son grand-père maternel a fondé l'Institut Royal de Géologie de Belgique et il est l'auteur de centaines d'articles et de monographies scientifiques sur la minéralogie, la paléontologie et les sciences naturelles.

C'est dans ce milieu que l'enfant Gustave Le Paige a été élevé. Puis il est entré chez les Jésuites et, plus tard, il a étudié la philosophie à l'Université de Louvain. En 1920, il est parti pour le Congo. Après ce premier séjour, il est revenu à Louvain pour organiser un cercle d'études destiné à adapter le christianisme aux communautés du Congo belge, tout en sauvegardant les valeurs propres à celles-ci.

En 1934, il est retourné en Afrique et, en 1952, il est devenu Supérieur de la Mission à Ngi. De cette étape de sa vie, le Père Le Paige se rappelle avec affection sa vie en communauté avec des prêtres noirs. A la suite de son œuvre, les autorités de Rome ont dû réfléchir à l'avenir de la christianisation du Congo.

C'est en 1953 que le Père Général de l'Ordre des Jésuites a envoyé au Chili le Père Le Paige pour collaborer à l'œuvre extraordinaire commencée par le Père Alberto Hurtado et qui brisait tous les moules traditionnels. Malheureusement son grand ami mourut et le Père Le Paige fut envoyé à Chuquicamata pour découvrir le désert et les mystères de son peuple.

Le prêtre savant a été gravement malade au cours des dernières années de sa vie. Cependant, il a accepté de bavarder avec les journalistes, pendant sa convalescence à Santiago. Son état général et son moral sont excellents. Il est facilement ému lorsqu'il se rappelle son village, le Musée et la maison simple qui l'a abrité pendant tant d'années.

En répondant à la demande d'un message pour la jeunesse chilienne, il déclare : « Qu'on ne me considère pas comme un homme important mais que l'on me juge sur mon œuvre et qu'elle leur serve d'exemple ». Puis il ajoute « Qu'ils conservent leur patrimoine et qu'ils ne le détruisent jamais, qu'ils maintiennent leur identité comme on est en train de le faire en restaurant les monuments nationaux, puisque l'enseignement du passé nous permet de vivre le présent ».

Au sujet de sa vocation sacerdotale et de son immense amour pour tout ce qui est scientifique, il explique : « Je suis prêtre avant tout et c'est ce qui me fait vivre ma vocation scientifique : c'est ainsi que je puis expliquer le pourquoi de la vie ».

Il critique le matérialisme exagéré du monde moderne, en reconnaissant les progrès de la technologie; mais, selon lui, il ne faut pas la détacher de la métaphysique et des valeurs spirituelles car alors l'être humain perd sa personnalité.

Le Père Le Paige a eu des collaborateurs loyaux, comme l'archéologue Lautaro Nunez, l'anthropologue Bente Bittmann, les chercheurs Olaff Olmos et Manuel Avant Lopez. Il y a également un message pour eux : « Les personnes qui me suivront doivent avoir la même idée que moi : Le Chili avant tout. Les intérêts personnels, politiques, économiques ne doivent pas être prioritaires; seuls doivent compter les intérêts purement archéologiques permettant de continuer à découvrir le passé du Chili ».

JEAN-PAUL II et l'EXPERIMENTATION sur le FOETUS

A l'occasion d'un congrès international de médecine ayant pour objet « Le diagnostic prénatal et le traitement chirurgical des malformations congénitales » le Souverain Pontife Jean Paul II a reçu les 700 membres de cette réunion.

Il leur a adressé un discours dans lequel il s'est réjoui des progrès de la médecine et de la chirurgie prénatale. Il a à cette occasion réaffirmé avec vigueur la condamnation par l'Eglise de l'avortement.

En ce qui concerne la médecine prénatale, il a condamné les recherches intra-utérines qui tentent à déceler toute anomalie du foetus pour pouvoir l'éliminer rapidement ainsi que toute forme d'expérimentation sur le foetus qui puisse porter atteinte à l'intégrité de ce dernier à moins qu'il ne s'agisse d'une tentative extrême pour sauver celui-ci d'une mort certaine.

A propos des malformations du foetus dues à des malformations chromosomiques, qui échappent pour l'instant à toute intervention chirurgicale il a estimé que la médecine doit faire tout ce qui est en son pouvoir pour diminuer les manifestations de la maladie. Toutefois, a-t-il ajouté, elle doit se garder scrupuleusement de tout traitement qui puisse constituer une forme larvée d'avortement. Celui qui porte de telles anomalies ne perd pas pour autant les prérogatives propres d'un être humain.

L'ADOLESCENCE

Rencontres Internationales à Bruxelles les 21, 22 et 23 avril 1983

La ligue Bruxelloise Francophone pour la Santé Mentale, 39, rue de Florence à 1050 Bruxelles, organise les 21, 22 et 23 avril 1983 des rencontres internationales sur l'ADOLESCENCE, un temps, un discours, un acte. Rencontre ou rendez-vous manqué.

Douze thèmes seront abordés : 1) L'adolescent, violent, un psychopathe délinquant ? 2) Le discours psychiâtrique sur l'adolescence. 3) Et s'il y avait des drogués heureux ? 4) Société sans père, adolescence cherche re-père. 5) Enseignement, autonomie. 6) Le transfert dans la clinique des adolescents. 7) Les vitrines pour adolescents. 8) Education sexuelle, éducation impossible. 9) L'appel du père. 10) Foi, croyances, sectes. 11) Le langage du corps chez l'adolescent. 12) Approche sociologique de l'adolescent.

Pour les inscriptions ou pour plus ample renseignement, s'adresser au bureau de la Ligue. Ceux qui souhaitent faire une communication (10 min.) doivent en préciser le thème et faire parvenir le texte avant le 1er mars 1983.

LA JOURNEE DE L'AFRIQUE

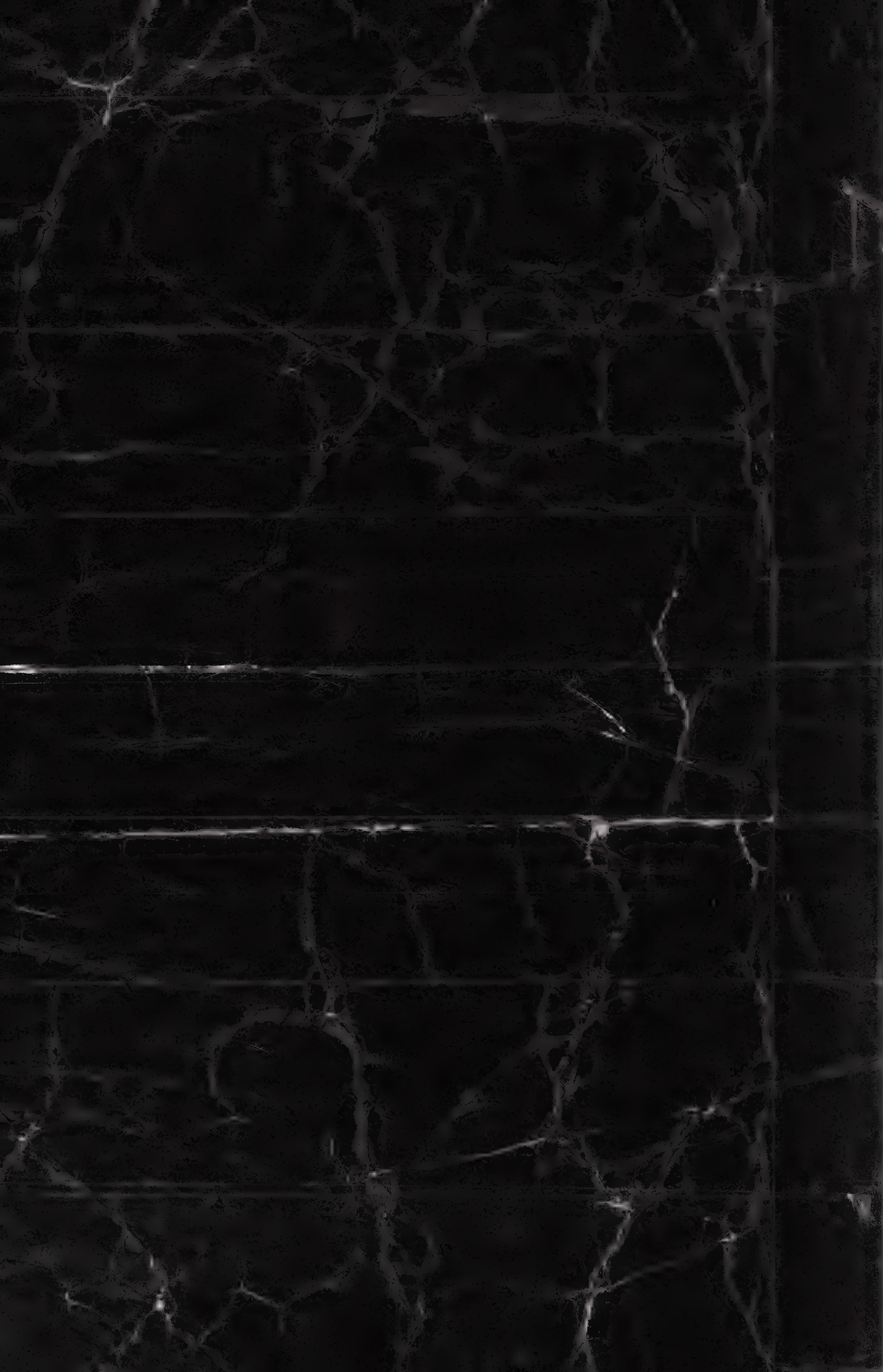
Nous recommandons à la générosité de nos membres la journée de l'Afrique organisée par les Oeuvres Pontificales missionnaires. Compte n° 799-5503400-10.

Les dons de 1.000 francs ou plus peuvent être déduits des revenus imposables.

LE MONASTERE D'HURTEBISE

Une veillée et une célébration de Noël auront lieu avec la participation du chanoine Guelluy, professeur de théologie à l'U.C.L. du jeudi soir au samedi à 11 h. à l'abbaye d'Hurtebise. Thème : « Est apparue la bénignité de notre Dieu ».

Inscription 200 frs au Monastère d'Hurtebise - 6900 Saint Hubert.



Sint Lucas Tijdschrift

Sint Lucas Tijdschrift

INHOUD

Stort uw lidmaatschap (500 fr.) zo U het vergeten zijt !
Belgische Vereniging St.-Lucas, IJzerlaan 19, 1040 Brussel,
P.C.R. 000-0321178-11 ; Tel. 02/735 36 02.

Nr 4 - 1982

VOORWOORD

Het XVde Wereldcongres van de katholieke geneesherenverenigingen te Rome was een succes : op de 4000 ingeschrevenen waren er 2048 Italianen, 124 Duitsers en 71 Belgen waarvan het grootste aantal uit Gent en Vlaanderen kwam. We mogen fier zijn. Van de 69 vertegenwoordigde landen hadden we de relatief grootste vertegenwoordiging : Spanje 50, U.S.A. 47, Portugal 40, Frankrijk 36, Engeland 35, Corea 31, Joegoslavië 18, Zwitserland 14, Canada 14, Indië 14, Oostenrijk 7, Filipijnen 11. Er waren 6 vertegenwoordigers uit Nederland, Zimbabwe, Griekenland en Denemarken. Andere landen, waaronder Luxemburg, hadden 1 tot 4 vertegenwoordigers.

De geneesheer ten dienste van het leven was het thema waarrond alles ging, zoals te lezen in de verslagen van Prof. J. Lederer, Prof. De Wolf en collega Albert Coelis.

Sommige niet-geneesheren vonden het congres te medisch, én te weinig nadruk op « het » katholieke.

De toespraak van de Paus, als hoofd van de Kerk, legde vanzelfsprekend de klemtoon op de universele taak van de geneesheer ten dienste van het leven. Deze universele principiepen moeten konkreet gerealiseerd worden en de konkretisatie is vanzelfsprekend verschillend naargelang de noden van het leven, beïnvloed door milieufactoren, besmettingsvormen, ondervoeding... de ontwikkeling, de psychofysische integriteit van ieder menselijk persoon. De geneesheer ten dienste van het leven is afhankelijk van de mogelijkheden waarover hij « in concreto » beschikt in tijd, plaats en ruimte. Hij heeft echter nooit het recht om te doen als de leviet uit het evangelie, maar steeds de plicht te handelen als de barmhartige samaritaan. Het congresboek droeg dan ook de afbeelding van een barmhartige samaritaan.

Doch behalve de toespraak van de Paus en de goed gevolgde plenaire vergaderingen, zijn de menselijke contacten van de deelnemers meestal van het hoogste belang, al geschieden deze rechtstaande, tijdens de lunch, in de volleybalzaal, voor de gelegenheid omgetoverd tot restaurant.

De eucharistievieringen 's morgens naar pre-conciliaire ritus maakten grote indruk.

Het was een groot congres.

Gerard VANDENBERGHE



Zó zag ik U, Heilige Vader, in de ogen...
Ik las Uw onbegrensde goedheid
'k voelde me zalig bewogen
Uw zachte, diepe blik was in mijn blik
Uw warme hand lag in mijn hand
Heilige Vader zegen mij
zegen ons
Uw Vlaamse getrouwen
Uw Vlaamse geliefden.

Jean KLUYSKENS

XV[e] Wereldcongres van de Internationale Federatie van Katholieke Associaties (FIAMC) - Rome 3 oktober 1982.

XVe Wereldkongres van de Internationale Federatie van Katholieke Geneesheren

De geneesheer in dienst van het leven

Rome 1 - 5 oktober 1982

Verslag Prof. A. De Wolf

Een algemene indruk

Het thema van dit wereldkongres was veelbelovend en omvattend. De organisatoren hebben gepoogd de verscheidene en uiteenlopende facetten ervan aan bod te laten komen. Misschien is het achteraf wel gebleken dat het een niet haalbare kaart is. Wat kan men onder een dergelijke titel zoal schuiven ? Spontaan verwacht men dat de ethisch prangende kwesties overwegend aan bod zullen komen : abortus, euthanasie, experimenten op het ontluikende leven, enz... Wie de keurig uitgegeven programmafolder en het uiterst verzorgde kongresboek met alle referaten (een prachtprestatie) ter hand neemt, kijkt toch wel verrast op. Niet dat deze delicate kwesties in Rome volledig verzwegen werden, maar een aantal sessies van het kongres werd besteed aan minder ethisch knellende vragen : de preventieve geneeskunde, de organisatie van de samenwerking in het ziekenhuis, de gezondheidszorg aan huis. Met deze bemerking wil niet gezegd zijn dat dit voor de katholieke geneesheren onbelangrijke vragen zouden zijn, integendeel. Alleen verwoord ik een vrij veel gehoorde impressie op het kongres zelf. Een wereldkongres van katholieke geneesheren zou zich eerder moeten bezig houden met de christelijk-gelovige verheldering van de medisch-ethische en actuele vragen van deze zo belangrijke professie. Dit soort verheldering was in Rome duidelijk niet afwezig, maar de indeling van de sessies zelf wijst in de richting van een te sterk overwicht van de genoemde niet strikt ethische problemen.

Aanzetten voor reflectie

De eerste sessie of « ronde tafel » van dit Wereldkongres vormde tesamen met de allerlaatste inhoudelijk een tweeluik. Het thema van de eerste sessie klonk als volgt : geneeskunde en de benadering van de psycho-fysische integriteit van de persoon. De laatste sessie werd gehouden rond het thema : de geneesheer tegenover de dood.

Aanzetten tot reflectie kan men beluisteren in de eerste inleiding van de eerste sessie. Doctor H. Mc D. Farrell reikte de vraag aan naar de wetenschappelijke fundering hedentendage voor het bestaan van de menselijke geest. De basishouding van eerbied voor de mens en ieder mens in zijn totaliteit veronderstelt een mensopvatting die verder reikt dan een louter fysicistische opvatting van de mens. Voor een christelijk gelovig dokter is de mens méér dan zijn lichaam. De vraag is : hoe reiken we vanuit de positief wetenschappelijke gegevens steunpunten aan voor dit méér ? Werken wij niet te gemakkelijk met een verondersteld bewezen vooronderstelling ?

Een tweede aanzet tot reflectie beluisterde ik in de terugkerende beschouwingen rond de toenemende technische ratio en op technologie stoelende medische macht. De ruimere ethische vraag naar de relatie tussen de kwantitatieve en de kwalitatieve dimensie van het menselijk bezig zijn, kwam op het wereldkongres in een meer concrete gestalte aan bod. De geneeskundige praxis moet op grond van de christelijk gelovige mensopvatting deze kwalitatieve dimensie blijvend prioritair behartigen. Ook al leeft de katholiek-gelovige arts in een tijdsklimaat waar in de massa en onder collegae ter zake veel tegenwind is. Prestatie, efficiëntie, rendement zijn geen af te zweren criteria, maar ze moeten doordesemd blijven van de authentiek humane en evangelische waarden als : eerbied, dienstbaarheid en toewijding.

Op dit punt duikt een derde aanzet tot reflectie op die ik van het kongres heb bijgehouden. Er moet dringend werk gemaakt worden van het uitschrijven van een twintigeeuwse « christelijke of evangelisch geïnspireerde spiritualiteit » van de katholiek gelovige arts. De uiteenzetting van Rev. Ch. Corcoran is op dit stuk eerder tegengevallen. Is het deductief afleiden uit een bepaald beeld van de goddelijke drieëenheid van « relationele modellen » naar de arts- en patiëntrelatie een hedentendage valabele weg ? Moet men niet eerder inductief te werk gaan ? D.w.z. van de actuele handelingssituatie waarin de overgrote meerderheid van de katholieke artsen zich bevindt : pluralistisch werkmidden, sterk doorgevoerde opsplitsing van de geneeskundige praxis, toenemende technologische middelen enz... Indien men dan nog enige huiver ervaart ten aanzien van het woord « spiritualiteit » laat dan misschien « concrete gelovige beroepsethiek » een mildere en meer actuele uitdrukking zijn voor een dringend op te vullen leemte.

Tenslotte, een vierde aanzet tot reflectie lag voor mij in de benadering van de grote ethische vragen van onze tijd (abortus, euthanasie) door mensen van de praktijk, in casu, de artsen. Uiteraard was op dit wereldkongres de principiële ethische stellingname ten aanzien van deze vragen niet ter discussie. Meer bepaald ging het om de vraag : hoe als katholieke arts toch naar de mens-in-nood naast de principiële houding ook de levensnabije en christelijke zorg beleven ?

Men kan zeggen : een concretisering van de in de derde aanzet tot reflectie beschreven : christelijke beroepsethiek voor de katholieke arts vandaag. Het deed goed eens te meer, zoals twee jaar geleden in Brussel, te mogen beluisteren het indringend getuigenis van Dr. Kjeld Max Yensen uit Denemarken. Hij keurde het officiële woordgebruik ten aanzien van abortus als bijvoorbeeld moord, doodslag niet af maar hield een sterk pleidooi om in de concrete medische praktijk uiterst huiverig te staan tegenover dergelijke woorden in het contact met mensen in zware nood. Vermoedelijk hebben de deense artsen vanuit hun flagrante minderheidssituatie ons een en ander te leren over wat het betekent doorheen de dagdagelijkse praktijk te getuigen én van beginselvastheid én van de niet aflatende door Christus geïnspireerde liefde en zorg voor de mens-in-nood. Soms wekt men wel eens de indruk dat wij in ons land dààr nog niet aan toe zijn... is dat niet een gevaarlijke zinsbegoocheling, draait men zich niet een rad voor de ogen ?

Wat naar een volgend kongres toe ?

Aansluitend op wat daarnet als vraag aangereikt werd deze bemerking : het voorbije wereldkongres was te weinig daarmee begaan, men ging te weinig inductief te werk en men vertrok al te zwakjes van de grondig gewijzigde handelingssituatie van de katholieke arts vandaag. Laat het mij maar zeggen : vele dokters en ikzelf hebben daar te dikwijls triomfalistische geluiden gehoord. De italiaanse leiding van het kongres heeft in die zin soms te eenzijdig gesproken.

Een tweede bemerking is een suggestie. Het zou moeten mogelijk worden dat men komt tot een grotere en intensere actieve betrokkenheid van de deelnemers aan de paneelgesprekken. De formule van de schriftelijke vraagstelling voldoet toch niet helemaal. De combinatie met andere discussietechnieken zou een verrijking betekenen voor een volgend kongres. Het tegenargument dat een dergelijke groep (± 1500 man) zich niet daartoe leent gaat niet helemaal op. Om maar een voorbeeld te noemen op Katholische Kirchentagen in Duitsland, lukt men er wel in.

Tenslotte was « Rome '82 » een verrijkende ervaring. Er is niet alleen de wondermooie eeuwige stad, er zijn de verrijkende internationale contacten maar er is vooral de multidisciplinaire ontmoeting en uitwisseling. Op dit laatste punt kan nog heel wat gebeuren, wat in de vorige bemerking aangereikt werd als suggestie zou daar ruim kunnen toe bijdragen.

Prof. A. De Wolf
Grootseminarie
Reep 1
9000 Gent



sedorina
OMIKRON

Rationele behandeling voor zenuwaandoeningen en zenuwachtige slapeloosheid, op basis van passiebloem - barbituurzuur polybromen - licht verteerbare stoffen - hydroglycerinische siroop.

2-3 soeplepels per dag volgens het geval in behandeling.

- ☐ slapeloosheid
- ☐ prikkelbaarheid
- ☐ angst
- ☐ hartzenuwziekte
- ☐ overspannen toestand
- ☐ spastische konstipatie
- ☐ zenuwachtige ongesteldheid van de menopauze
- ☐ zenuwsymtomen van kindsheid, enz.

OMIKRON-GAGLIARDI
FARM. BED. MILAAN (Italië)

stalen op aanvraag :
Monsieur GAGLIARDI Giuseppe
Square Volckerick 28
1170 BRUSSEL

Verslag Dr. A. Coelis

Reeds in de vroege morgen van 1 oktober '82 vertrok een flink deel trouwe leden van de Gentse St.-Lucasgilde per autobus van de Kouter naar Zaventem. Enkele leden van de gilden van o.a. Antwerpen, Brussel en Waasland vervoegden het gezelschap welk aldus een groot deel uitmaakte van de passagiers die de DC 9 van Alitalia vulden.

Na een heerlijke vlucht over o.a. de Mont Blanc en de oevers van Italië landden wij reeds kort na 11 uur op de « Leonardo da Vinci luchthaven » waar een stralende zon voor een zomerse temperatuur zorgde.

Opgewacht door Mevr. Rosy Kluyskens baanden wij ons een weg tussen de massa's aangekomen « Vie Montante ». Er waren die dagen meer dan 10.000 Fransen van de derde leeftijd ter gelegenheid van o.a. de zaligverklaring van Jeanne Jugan, stichter van de arme klaren. Een vrijgebleven bus bracht ons naar het Hotel Colombus, oud pauselijk paleis, gelegen op de Via della Concillazione, halfweg het St.-Pietersplein en Castel San Angelo, bijna rechtover de kerk van St. Maria in Transpontina en het Palazzo Pio waar alle vergaderingen van het congres plaatsvonden.

Een groep van 2500 geneesheren komende uit 71 landen vergezeld van bijna evenveel familieleden en vrienden vulde wel niet de St.-Pieters Basiliek waar om 16 uur de openingsmis plaatsvond, opgedragen door Kardinaal Ugo Poletti, vicaris-generaal van zijn Heiligheid de Paus.

De zaal van de Palazzo Pio daarentegen vulde zich nadien proppensvol om de openingszitting bij te wonen waar Monseigneur Fiorenzo Angelini de feestrede hield « La Vita umana nel disegno del creatore » en het thema van het congres « De geneesheer in dienst van het leven » toelichtte.

Mgr. Angelini is nationale proost van de Katholieke Italiaanse geneesheren (A M C I) en hulpbisschop van het diocees Rome. Het is een statig man welke met brio, zoals het een Italiaan past, zijn redenaarstalent vrije teugel laat. Hij was daarenboven de grote organisator en primum movens van dit groots congres in de eeuwige stad.

De zittingen vonden plaats op 2-4-5 oktober van 9 u. 30 tot 12 u. 30 en van 15 u. tot 18 uur.

Iedere morgen werd om 8 uur een H. Mis opgedragen in de kerk van St. Maria in Transpontina door een hooggeplaatst kardinaal o.m.

Kardinaal Rossi, Kardinaal Paul Laurenquana, Kardinaal William Wakefield Baum. De kerk was steeds propvol en zangen en offer-opdrachten vonden plaats in verschillende talen.

Anderen zullen beter verslag uitbrengen over de gehouden voordrachten over preventie en gezondheidsopvoeding met Dr. J. Kluyskens als moderator, fysische en psychische integriteit van de menselijke persoon, samenwerking met de gezondheidsinstellingen o.m. met de beheerraad waarover Dr. Louis De Vos een zeer omstandige en acurate uiteenzetting gaf.

De zitting gewijd aan Thuisverzorging heeft mij vooral geboeid. De rol toebedeeld aan het verplegend personeel werd besproken door Liliane Fiori, algemeen sekretaris van de CICIAMS. Een verpleegkundig team kan twee verschillende vormen van zorgen verzekeren : vooreerst een zelfstandige of autonome aktiviteit en ten tweede in groepsverband en vooral met geneesheren. De verpleegster welke thuisverzorging wil verstrekken zou een specifieke opleiding moeten krijgen welke haar voorbereid op relationeel en psychologisch vlak opdat zij een opbouwende samenwerking zou bewerkstelligen met de zieke en diens familie.

De dekaan van de medische fakulteit van Firenze Prof. Ugo Teodori beklemtoonde « Il medico di famiglia non puó sparire. » De huisarts mag niet verdwijnen alhoewel volgens de dekaan een reeks faktoren een negatieve invloed hebben op zijn voortbestaan. Hij stipte o.m. aan de spontane raadpleging bij de specialist, het overtollig vertrouwen in biologische onderzoeken zonder klinische aanwijzing, de steeds toenemende bureaukratie aan de artsen opgelegd, de neiging zich sneller te laten hospitaliseren, ook het feit dat jonge geneesheren de last van continu begeleiding niet meer willen dragen maar ook de crisis in de gezinnen waardoor het onmogelijk wordt deze familieleden thuis te verzorgen.

Op mijn vraag bij de bespreking hoever men in Italië gevorderd was met de specifieke opleiding tot huisarts antwoordde men dat dit nog in zijn kinderschoenen stond, dat men wel de studenten erop wees wat meer menselijk met de zieke om te gaan maar dat in het curriculum de vorming nog orgaan gericht was.

Voor wie wat Italiaans verstaat :

L'insegnamento che gli viene impartito è prevalentemente nozionistico con scarsa aderenza alla pratica clinica e soprattutto è settoriale, diretto cioè allo studio di singoli organi affetti o di singole funzioni alterate, mentre è deficiente una visione globale del malato.

Een vergroeing met de organen zonder visie op de totale mens. Thema welke ten andere de H. Paus in zijn toespraak tot de congressisten ontwikkelde.

Ik mag toch niet vergeten de lezing te vermelden van Prof. Lederer, nationale voorzitter van de Belgische St. Lucas gilden, over « La prevention et l'éducation alimentaire dans l'alimentation ». Wie af en toe zijn bijdrage leest in het BMA-blad kan zich een idee vormen over de massa's gegevens van statistieken, sterftecijfers, voedingsgewoonten, overvloed in de rijke en zware tekorten in de arme landen.

De grote helft van de wereldbevolking is ondervoed met minder dan 2000 cal. daags en lijdt daarenboven aan malnutritie, vooral eiwit tekort en vitaminen en mineralen in onvoldoende hoeveelheid in hun voeding.

Het bezoek van Z.H. Paus Johannes Paulus aan de congressisten in het Palazzo Pio op zondagnamiddag was het hoofdgebeuren en een unicum in een congresprogramma. Reeds vanaf 16 u. 30 vulde zich de grote zaal met de congressisten, degelijk voorzien van hun badge en speciale uitnodigingskaart. Tegen 18 uur was de zaal proppensvol en deed Z.H. de Paus onder zeer luid applaus zijn intrede.

Na verwelkomd te zijn door Prof. Papola hield de Paus rechtstaand en in het Italiaans een rede van een klein uur.

Hij legde o.a. de nadruk op de waarde van het leven, leven welke rechtstreeks van God komt, oorsprong aller leven (Genesis en Ezechiël). Het leven is broos maar gratie is leven in Christus. Hij verzocht ons het leven te verdedigen met alle middelen welke ter onzer beschikking staan.

De Kerk heeft steeds de geneeskunde gewaardeerd en is er zich van bewust dat fysisch lijden de geest gevangen houdt, zoals de ziekte van de geest het lichaam onderwerpt.

Zoals ik reeds aanstipte legde Z.H. de Paus sterk de nadruk op de totale verzorging « L'expérience nous enseigne en effet que l'homme qui a besoin d'assistence tant preventive que therapeutique revèle des exigences qui vont au-delà de la pathologie organique en cours. Non solo asistere l'organismo malato me l'intera personna con le me esigenze profonde.

Verder haalde hij de woorden aan van Alexis Carrel over het gebed « La prière reconcilie l'homme avec Dieu et avec lui même, et qu'elle se confirme comme remède de l'esprit avec des effets remarqués sur la santé intégrale de la personne. »

Hij legde verder sterk de nadruk op het humaniseren van de geneeskunde. De zieke is en blijft een verantwoordelijke persoon welke aktief moet deelnemen aan zijn genezing. Hij moet in de mogelijkheid geplaatst worden te kiezen en niet de keuze van andere te ondergaan. Men moet daarenboven de mens eerbiedigen als schepsel Gods.

Vorige bedenkingen krijgen hun volle betekenis als U het laatste hoofdstuk zult gelezen hebben van het zojuist verschenen boek : « N'ayez pas peur ! », dialoog van André Frossart met Z.H. Jean Paul II (*).

De nieuwe technologie welke met reuzeschreden vooruitgang maakt, kan - zowel voor het kwaad als voor het goed, - aangewend worden. Alleen de mens kan beslissen tot welk doel ze zal gebruikt worden. De Paus zette ons aan eveneens mede te helpen om de ondervoeding en onderontwikkeling in een groot deel van de wereld weg te werken. Om te eindigen beklemtoonde de Heilige Vader dat dit congres er een was van katholieke geneesheren.

Dit katholiek zijn impliceert dat wij samen met andere, o.m. priesters, kloosterlingen en leken pastoraal werk verrichten bij onze zieken. Er moet een interaktie zijn tussen de uitoefening van de geneeskunde en het pastoraal werk want hun enig objekt is de mens in zijn waardigheid als Zoon Gods, broeder welke onze hulp en troost nodig heeft.

Onder de vele mogelijkheden tot samenwerking ligt de Paus vooral het **huisgezin** aan het hart, waar de problemen de laatste jaren sterk zijn toegenomen. Een reden te meer om de woorden van Prof. Teodori te bekrachtigen : « Il medico di famiglia non puó sparire ».

Tot besluit stelde de Paus ons Christus als voorbeeld, geneesheer van de geest maar veelal ook van het lichaam van deze welke Hij op Zijn levenswandel ontmoette.

Hij vroeg dat de Heilige Maagd, bron aller wijsheid, onze paden zou leiden, onze opdracht zou helpen vervullen ten dienste van het leven, omgeven door goedheid, begrip, beschikbaarheid en toewijding, deugden welke in Haar leven uitstraalden.

Daarop gaf Hij ons collegiaal met de aanwezige kardinalen de apostolische zegen.

Een daverend rechtstaand applaus besloot deze goed gewogen en gewikte toespraak.

Met een tikje humor, Hem eigen, vroeg Hij nog of Mgr. Angelini nog iets bij te voegen of te vragen had. Deze ging er graag op in en na zijn improvisatie oordeelde de Paus deze weg niet op te gaan en wou zeker in de delikate problemen van ethiek en moraal niet improviseren.

De leden van het bestuur van de internationale federatie van katholieke geneesheren (F.I.A.M.C.) werden de H. Vader voorgesteld en tot onze verwondering en genoegen had het Belgisch lid recht op een dubbele handdruk. Naderhand bleek de eerste handgreep voor

(*) « N'ayez pas peur. » - André Frossart, bij uitgeverij Robert Laffont.

de Belg Jean Kluyskens en de tweede voor Jan... de vlaming ! Ik heb het voorrecht gehad vier vorige pausen te benaderen, maar het charisme welke van Paus Woytyla uitstraalt is een enige belevenis.

Daarop volgden nog twee werkdagen waarvan de laatste zitting gewijd was aan « de geneesheer tegenover de dood. »

Problemen over abortus, euthanasie, lepra, stervensbegeleiding, biologische en klinische dood en de reanimatie.
Zeer gewichtige problemen, onder grote belangstelling, deden de slotzitting wat uitlopen.

De besluiten werden door enkele bestuursleden voorgelezen, eerst in het frans door onze afgevaardigde Dr. J. Kluyskens welke in het opstellen een grote rol heeft gespeeld.

Het congres eindigde zoals het begonnen was met een geconcelebreerde mis, ditmaal opgedragen op het podium door Zijne Eminentie Kardinaal Agostino Casaroli, staatssekretaris van het Vatikaan, in concelebratie met alle proosten van de St. Lucasgilden van 71 landen. Iets buitengewoon en weinig protokolair was wel het afleggen door de celebranten van hun misgewaden op het podium na de H. Mis.

Van postconcilair gesproken...

De muziekkapel van de carabinieri nam dan plaats op het podium voor een slotconcert.

Het bureau voor toerisme had van ieder land enkele vertegenwoordigers uitgenodigd (350 in totaal) op een receptie in het Castel San Angelo.

Een onvergetelijk avondzicht op de eeuwige stad vanuit de loggia - enerzijds de St.-Pietersbasiliek en het Vatikaan, anderzijds de Tiber en het oude Rome.

Een aangename receptie in de Pauselijke vertrekken opgetrokken door Paus Julius de tweede benevens het mausoleum gebouwd door de Keizers Adrianus en Antoninus de Vrome.

Het was de gelegenheid om menselijk contact te hebben met de collega's of prelaten uit verschillende werelddelen.

Als slotbeschouwing van dit geslaagd wereldcongres beaam ik de woorden van Einstein « De godsdienst zonder wetenschap is mank, maar de wetenschap zonder godsdienst is blind aan een oog » en ook zoals Paus Johannes Paulus het in februari ll. uitdrukte !
« La scienza e la religione sono entrambi doni di Dio. »

Dr. Albert Coelis.
Maldegem

SLOTBESLUIT VAN HET FIAMC CONGRES

Rome 5 oktober 1982 :

Vijfduizend congresleden, vanuit 71 landen en 5 werelddelen kwamen te Rome samen voor het XVe congres de la Fédération Internationale des Médecins Catholiques (FIAMC).

Uit studie en discussie blijkt dat de geneesheer meer en meer ingeschakeld wordt bij de ontwikkeling van het leven (van het prille begin tot het onafwendbare einde) ; ook de sociale situatie van het individu en zijn recht op verzorging wordt door de geneeskunde beïnvloed.

Het congres verklaart dat de onvoorwaardelijke eerbied voor de menselijke persoon de basis is van de geneeskundige taak.

De geneesheer moet vrij zijn van elke druk : nationaal, filosofisch, godsdienstig of politiek.

In vele landen worden deze beginselen genegeerd, zodat de geneesheer geen gewetensvrijheid heeft, dat hij niet ten dienste van het leven kan handelen, doch dat hij soms gedwongen wordt dit leven te vernietigen.

De FIAMC is bereid mede te werken met alle gelijkdenkende groepen en verzoekt de H. Stoel een centrale organisatie op te richten, tot het samen bundelen van alle katholieke organismen, betrokken bij de gezondheidszorg.

De FIAMC herhaalt zijn onwrikbare trouw aan de H. Vader : in zijn toespraak tot het congres vroeg Hij aan de geneeskundigen de totale mens te dienen, mede te helpen om de honger en de ziekte uit te roeien.

Hij vroeg tevens dat de nieuwste technische vooruitgang zou aangewend worden tot verbetering, en niet tot vernietiging van het leven. Zijn Heiligheid vraagt aan de geneesheren, vooral de katholieke dokters, voor het geloof tot een eeuwig leven te getuigen en herhaalde dat hun beroep een roeping is ten dienste van de mens : « Beeld Gods ».

De FIAMC vraagt tevens een encycliek of pauselijk document aangaande het lijden en de menselijke waarden : sociaal, geestelijk en bovennatuurlijk.

De FIAMC bevestigt zijn beslistheid ten dienste te staan van de totale mens.

PROEFBUISBABY'S

Mr. Régine MEERT

De juridische problemen i.v.m. inseminatie in vitro (I.I.V.) en embryo transfer (E.T.) zijn complex en dit om verschillende redenen :

1° Vooreerst bestaan er daaromtrent geen juridische teksten en moet men terug gaan naar de algemene rechtsbeginselen, toepasselijk op de uitoefening van de geneeskunde en trachten deze juist toe te passen op het gestelde probleem.

2° Vervolgens roepen deze problemen onmiddellijk etische vragen op en raken ze ons psychologisch zeer diep, daar het gaat om bevruchting, geboorte, moederschap en vaderschap.

3° Ten slotte, op het praktische vlak, de dokters die geconfronteerd worden met deze problemen, wensen een onmiddellijk en dringend antwoord voor de uitwerking zelf van een doktrinale positie ; Mag men al dan niet deze handeling uitvoeren, in welke voorwaarden, in welke limieten en vooral, zo men ze uitoefent, alvorens officieel de toelating te hebben ontvangen, wat riskeert men dan ?

De taak die de practici opleggen aan de jurist is dus bijzonder moeilijk, daar men hem vraagt zich uit te spreken, wanneer er nog geen antwoord bestaat en de toepassing van de algemene rechtsprincipes nooit een adekwaat antwoord kan geven op de hypotesen die hem werden onderworpen.

Ook zal zijn wijze van denken vreemd lijken, theoretisch, zelfs wantrouwig ten opzichte van praktijken die binnen enige jaren misschien heel simpel zullen lijken. Ik wil hier enkel als voorbeeld het geval citeren van de tegenkanting die vroeger bestond tegen de esthetische chirurgie ; en misschien nog bij sommigen tegen de esthetische chirurgie voor mannen.

Alvorens zich te buigen over de problemen in verband met de inseminatie in vitro, en de embryo transfer, vind ik dat het nodig is in het kort de algemene principes te herinneren betreffende het medisch beroep, die men zou kunnen vergeten ingevolge een zekere vrees veroorzaakt door deze nieuwe techniek.

1° De geneesheer geniet van de geneeskundige immuniteit t.t.z. hij ontsnapt aan de beschuldiging van vrijwillige slagen en verwondingen voor de ingrepen die hij doet op het menselijk lichaam, met een medisch doel. Zijn tussenkomst wordt verondersteld gerechtvaardigd te zijn, maar dit vermoeden is relatief en het komt aan het parket toe eventuele misbruiken te bewijzen. Het is door toepassing

van deze immuniteit dat drie dokters, waarvan er één overleden is gedurende het proces, werden vrijgesproken voor een chirurgische ingreep die zij hadden toegepast op een transseksueel. (Correctionele Rechtbank Brussel, Journal des Tribunaux 1969 p. 635, revue droit pénal 1969 - 70 p. 168).

2° Welke techniek ook gebruikt wordt, de geneesheer is verantwoordelijk voor zijn daden. Enkel zijn fout moet gesanktioneerd worden. De schade die hij toebrengt aan een patiënt brengt niet ipso facto zijn verantwoordelijkheid mee, daar de wetenschap nog niet absoluut is.

In verband met de verantwoordelijkheid, is de dokter enkel gehouden tot een verbintenis tot doen en niet tot een resultaat - verbintenis : het wordt unaniem aanvaard dat een dokter er zich niet toe verplicht een resultaat te behalen, maar er zich enkel toe verplicht al te doen wat er in zijn macht is om het te bereiken.

Bijgevolg kan de geneesheer niet verantwoordelijk gesteld worden voor de gevolgen van onvoorzienbare gebeurtenissen en therapeutische ongevallen als hij geen fout heeft begaan.

3° Tenslotte meer in het bijzonder, in geval van een experiment, en bij afwezigheid van een wetgeving over dat probleem, wordt over het algemeen aangenomen dat een dokter gehouden is tot een speciale voorzichtigheid, hij moet de toestemming van de patiënt hebben, hij mag deze geen risico's laten lopen die niet in verhouding zijn met het voorgenomen doel en hij moet handelen in het belang van de patiënt.

De rechtbanken moeten er zich voor hoeden geen vooringenomen standpunten aan te nemen, niet a priori elke nieuwe techniek of remedie als gevaarlijk te beschouwen en aan de praktici een groot initiatief toestaan. Door zich te streng te tonen zouden zij de geest van onderzoek ontmoedigen en de patiënten zouden daar onrechtstreeks slachtoffer van zijn.

Dit gezegd zijnde komen we aan de interventies die betrekking hebben op de menselijke voortplanting.

Herinneren we vooreerst dat op 12 maart 1966, de Nationale Raad van de Orde van Geneesheren, een ongunstig advies heeft uitgebracht over kunstmatige inseminatie, maar dat ze in 1975 deze kunstmatige inseminatie in haar code voor geneeskundige plichtenleer, toestond onder bepaalde voorwaarden gevat in art. 88.

« De kunstmatige hetero inseminatie, mag slechts worden toegepast mits de schriftelijke toestemming, na degelijke voorlichting

van de vrouw en van haar echtgenoot. De geneesheer moet alle nuttige inlichtingen inwinnen over motivering van de inseminatie en de gezondheid van de donor. De geneesheer mag in geen geval de identiteit van de donor aan de betrokkenen of aan de donor mede delen. »

Men kan zich inspireren aan deze principes, toepasselijk bij interventies die het mannelijk fertiliteitsprobleem moeten oplossen, en ze toepassen op technieken zoals inseminatie in vitro (I.I.V.) gevolgd door embryo transfer (E.T.) bij de vrouwelijke voortplantingsproblemen aangewend : noodzakelijkheid om de patiënt in te lichten en de toestemming te bekomen van de betrokken personen, noodzakelijkheid om de motivaties te achterhalen en een serieuze anamneze te doen van de patiënten in kwestie.

Laten we hierbij de verschillende gevallen omschrijven die zich kunnen voordoen overeenkomstig het artikel van Guldickx, « Artificiële afstamming of het recht in gebreke », Vlaamse tijdschrift voor Gezondheidsrecht 1981 n° 4 p. 2 :

1° geval : Mevrouw X kan niet op natuurlijke noch op kunstmatige wijze geïnsimineerd worden. Een eitje zal bij haar door laparoscopie uit de eierstokken gezogen worden, dat in vitro bevrucht wordt met sperma van haar echtgenoot en daarna ingeplant worden in haar baarmoeder. Deze situatie is te vergelijken met kunstmatige inseminatie door de echtgenoot.

2° geval : Mevrouw X is steriel. Een andere vruchtbare vrouw zal als donor een eicel schenken, die in vitro met sperma van de echtgenoot van Mevrouw X bevrucht wordt en in haar baarmoeder wordt ingeplant. Men zou ook op een andere manier kunnen tewerk gaan : de vrouwelijke donor, Mevrouw B, door kunstmatige inseminatie, met sperma van de man van Mevrouw X te bevruchten en de bevruchte eicel over te planten bij Mevrouw X. Deze situatie kan teruggebracht worden tot kunstmatige inseminatie. Vermits, naar Belgisch Recht, het moederschap blijkt uit de bevalling, zal Mevrouw X, juridisch, de moeder zijn van het kind. Zelfs wanneer het medisch geheim geschonden wordt, zou de donormoeder dus nooit het moederschap kunnen opeisen.

3° geval : Mevrouw X is steriel maar kan een kind dragen. Haar echtgenoot is eveneens onvruchtbaar. Een vruchtbaar echtpaar levert een bevruchte eicel, die bij Mevrouw X overgeplant wordt. Mevrouw X draagt het kind en is juridisch de moeder van bij de geboorte. Haar echtgenoot hoewel niet de biologische vader, wordt wel de juridische vader.

4° geval : Dit stelt grote problemen, daar onze wetgeving niet aangepast is aan deze hypothese. Mevrouw X is vruchtbaar maar kan geen kind dragen. Haar eicel wordt in vitro bevrucht door haar echtgenoot en overgeplant bij een andere vrouw, die het kind zal dragen tot bij de

geboorte. Juridisch is deze « gastmoeder » door de bevalling, moeder van het kind. Biologisch echter is Mevrouw X de moeder, omdat zij het genetisch materiaal leverde. Dit wordt duidelijk een ingewikkelde situatie. Biologisch is ze nochtans niet abnormaler dan de vorige en ze kan, om medische redenen, even gerechtvaardigd zijn. Onder de voorwaarde dat van het gastmoederschap alleen om therapeutische redenen gebruik wordt gemaakt. Men oordeelt immers dat de last van de zwangerschap aan een andere vrouw overlaten om zelf niet gehinderd te worden in de opbouw van een carrière of om zuiver esthetische redenen, immoreel is, aldus M. Revillard, o.c. p. 363-364.

De vragen zijn dus verscheiden :

Kunnen de juridische ouders de gastmoeder bepaalde verplichtingen opleggen gedurende de zwangerschap i.v.m. het volgen van een dieet, geregelde medische controle, verbod van alcohol- en tabakgebruik ? Kunnen de juridische ouders, in de loop van de zwangerschap, afzien van hun wens een kind te hebben ?

Wat indien, na de geboorte, de gastmoeder de baby weigert af te staan ? Wie staat in voor het kind, indien zijn juridische ouders overlijden vóór zijn geboorte ?

Welk is de status van het embryo in de fase waar het zich ontwikkelt in de cultuur ? Wie is aansprakelijk wanneer het in die periode beschadigd wordt ?

Het gaat hier dus om een groot aantal vragen waar het huidige recht geen antwoord kan op geven.

Meer concreet kan men zich nog andere vragen stellen :

Aan welke eisen moet een gastmoeder voldoen ? Is het gastmoederschap gratis ? Mogen de twee vrouwen elkaar leren kennen of moet hun identiteit gedekt worden door het medisch geheim ? Op welke manier moeten de spermabanken, de ovumbanken functioneren ? Wat betreft de medische verantwoordelijkheid : daar gelden de gewone juridische regels t.t.z. dat de dokter gehouden is te handelen zonder fout.

Na dus de verschillende mogelijke hypothesen te hebben weergegeven en de problemen die daaruit kunnen voortvloeien, moeten we thans de verschillende bezwaren behandelen die sommige juristen zouden kunnen formuleren tegen de inseminatie in vitro en de embryo transfer. Deze zijn van dezelfde natuur als de bezwaren die zouden kunnen opgeworpen worden tegen de kunstmatige inseminatie :

1° Dat de medische immuniteit van toepassing is op de dokters en dat zij door een interventie uit te voeren een misdrijf van vrijwillige slagen en verwondingen zouden begaan. Herinneren wij dat deze objectie

ook werd geuit tegen de sterelisatie en dat deze beoordelingswijze thans volledig voorbijgestreefd is.

We dienen er ook op te wijzen dat, zodra een dokter handelt met het doel te genezen, hij vrij is zijn therapie te kiezen en dus mag beroep doen op de methoden die er bestaan.

De behandeling van stereliteit bevindt zich dus wel degelijk in het veld van de geneeskunde en meer bepaald is de strafwet van strikte interpretatie en bij gebrek aan een tekst over een bepaald onderwerp kan er niet gestraft worden.

2° Dat de geneesheer niet mag deel nemen aan een soort van overspel : hier ook kan men geen tekst van strafwet toepassen en hem dit om de reeds hoger aangehaalde redenen.

3° De macht van de geneesheren en de wetenschapsmensen wordt zó groot, dat er een halte aan moet gezet worden. Men mag de natuur geen geweld aandoen ; hier moeten wij ons richten naar de regels van de medische ethiek, die aan de geneesheren bepaalde regels opleggen zoals deze betreffende het respect van de patiënten bij experimentaties ; tot de speciale reglementen van de universiteiten die commissies voor ethiek hebben opgericht in hun kader ; dus een aantal regels die een rem kunnen zetten op de wetenschappelijke geestdriftigheid.

Tot besluit kunnen we zeggen dat wij er ons voor moeten hoeden bepaalde gebieden met elkaar te vermengen :

1° Het gebied van de geneeskunde dat aan de dokters bepaalde ethische regels oplegt. Dit gebied is reeds verkend en de aktuele voorschriften laten toe de eerste voorzichtige passen te zetten in de nieuwe technieken.

2° De verplichtingen van de wetgever die in een eerste stadium zich gewoon onthouden heeft en die nu in het licht van ervaringen, die tenandere ook buiten het nationale vlak vallen, stilaan zal gebracht worden tot een hervorming van het burgerlijk recht (zie o.a. de voorschriften van de Raad van Europa die bepaalde richtlijnen heeft uitgevaardigd voor de lidstaten met het oog op een harmonisatie van hun interne huidige en toekomstige wetgevingen in verband met kunstmatige inseminatie). Intussen dienen we de geneesheren voorzichtigheid aan te raden en het respect voor de personen bij het uitoefenen van hun beroep.

Geneesherenvereniging Sint-Lucas - Antwerpen

Bestuursvergadering 29.11.'82

Aanwezig : Dr. Van Horenbeeck, voorzitter, Dr. A. van Baarle, penningmeester, Dr. H. Jansseune, secretaris en Dr. Germanes, aspirant bestuurslid.

Verontschuldigd wegens autopech : Dr. T. Snoeks, bestuurslid.

AGENDA

1. Een heildronk wordt uitgebracht (St Emilion 1978) op de wedergeboorte van St Lucas - Antwerpen.

2. Bestuursfuncties

— Dr. V. H. wil het voorzitterschap in andere handen leggen. Dr. Snoeks wordt als opvolger voorgesteld. Hem zal gevraagd worden of hij aanvaardt.

— Dr. H. J. blijft secretaris.

— Dr. v. B. blijft penningmeester. Hij legt een batig saldo van een dikke 12.000 F voor.

— Dr. Germanes wordt tot bestuurslid verkozen. Hij was onlangs op het St Lukas wereldkongres te Rome.

— E. H. Snoeks stelt zijn functie van aalmoezenier (geestelijk begeleider) ter beschikking. De voorzitter zal hem tegelegenertijd bedanken voor zijn inzet gedurende de afgelopen jaren. Aan de bestuursleden wordt gevraagd naar een opvolger uit te kijken.

— De afwezigheid van een huisdokter in het bestuur wordt betreurd. De twee vorige huisdokters-bestuursleden zijn uitgetreden.

3. Aktiviteiten

— Volgende bestuursvergadering (en uitbrengen van rapporten) op maandag 20.12.'82 te 20 u. 15 ten huize van de (nieuwe) voorzitter.

— Andere aktiviteiten te plannen in het Geneesherenhuis. Echtgenoten, apothekers en tandartsen zijn gebeurlijk ook welkom.

— Sprekers dienen bij voorkeur aktuele en controversiele onderwerpen te behandelen : abortus, proefbuisbaby's e.a.

— Coll. van Baarle denkt ook aan muzikale aktiviteiten. Hij nodigt het bestuur uit op een concert van Renaissancemuziek in de kapel van het Ziekenhuis St Elisabeth op donderdag 9.12.'82 te 20 u. 30. Nadien receptie (lab. Bristol).

4. **Lidmaatschapsbijdragen 1983 :** voor het Tijdschrift 500 fr. te storten op 000-0321178-11 Sint Lucas 1040 Brussel.

5. Ledenwerving

De mogelijkheden worden beproken via nieuwe promoties in het blad van de Orde, via de geneesheren van de Kath. Ziekenhuizen, via de parochiegeestelijkheid enz.

6. **Vergadering op woensdag 23 februari om 20 u.** in het Geneesherenhuis, Louisalaan te Antwerpen. Onderwerp : Vernieuwd Secundair Onderwijs. Spreker : Robert Adriaenssens ; ere-studieprefect, koninklijk Atheneum, Kapellen.

Dr. H. Jansseune, secretaris.

Stort uw lidmaatschap (500 fr.) zo U het vergeten zijt !
Belgische Vereniging St.-Lucas, IJzerlaan 19, 1040 Brussel,
P.C.R. 000-0321178-11 ; Tel. 02/735 36 02.

Geneesherenvereniging Sint-Lucas - Waasland

Programma

— 27.1.1983 : Dr. Van Strythem : « De geneeskunde morgen ».

— 24.2.1983 : Eerwaarde Heer Prof. Denaux uit Brugge : « De godsdienstsekten in Vlaanderen ».

— 24.3.1983 : Prof. Dr. Arts : « Geloven in een wereld van ongeloof ».

— 21.4.1983 : Prof. Johan Verhulst : « Relatievormingen in het gezin ».

Deze voordracht wordt georganiseerd in samenwerking met het KVHU. De datum is onder voorbehoud, aangezien de spreker in de Verenigde Staten doceert.

Het is de wens van het bestuur dat elk trouw Sint-Lucaslid een jonge kollega zou uitnodigen om de Sint-Lucasvereniging te leren kennen.

Namens het bestuur van de Sint-Lucasvereniging,

Proost E.H. Deken LEBACQ. Dr. A. BUYS, voorzitter

Dr. H. VAN POUCKE Dr. M. ROSIER. Dr. P. DESCHEPPER, secretaris.

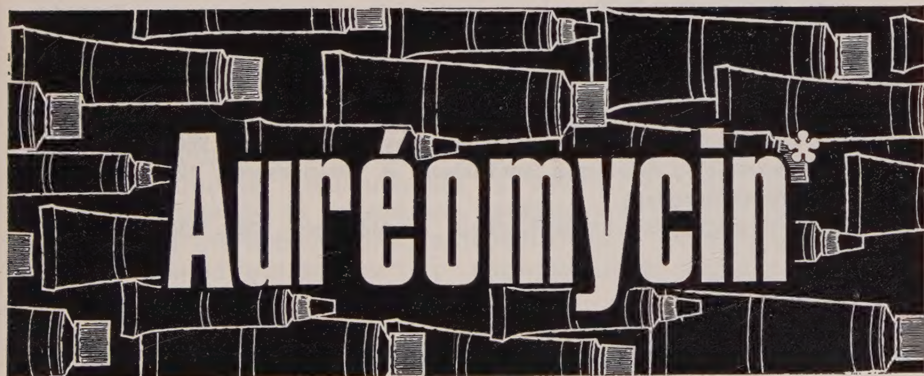
Geneesherenvereniging Sint-Lucas - Gent

Programma

Informatica in de geneeskunde door ir. Flamang, onderdirecteur Sidmar en dr. De Moor, A.Z. Gent op donderdag 20 januari, 20 u. 30 in het Apothekershuis, Nieuwe Bosstraat, 5, Gent.

Dr. Guido Verstraete, Voorzitter

Dr. W. Depuydt, Secretaris


Auréomycin*

Belgische Geneesherenvereniging Sint-Lucas

(Vereniging zonder winstgevend doel)

Algemeen Voorzitter : Prof. Dr. Lederer
Algemeen Secretariaat : IJzerlaan 19 - 1040 Brussel
Tel. : 735.36.02
P. C. : 000-0321178-11

Het Verbond Sint-Lucas

Voorzitter : Dr. P. Deschepper — Sekretaris : Dr. G. Vandenberghe

---

De Gilden

Geneesherenvereniging Sint-Lucas Aalst, Overhammedreef 16 - 9300 Aalst.
Geneesherenvereniging Sint-Lucas Antwerpen, Bethaniëlei 1 - 2128 Sint-Job-in 't Goor.
Geneesherenvereniging Sint-Lucas Brugge, Koning Albertlaan 2 - 8201 St Michiels.
Geneesherenvereniging Sint-Lucas Brussel, E. Plaskylaan 50 - 1040 Brussel.
Geneesherenvereniging Sint-Lucas Gent, Patijntjesstraat 54 - 9000 Gent.
Geneesherenvereniging Sint-Lucas Limburg, Langveldstraat 13 - 3500 Hasselt.
Geneesherenvereniging Sint-Lucas Mechelen, Nekkerspoel 121 - 2800 Mechelen.
Geneesherenvereniging Sint-Lucas Sint-Niklaas, H. Heymansplein 12 - 2700 St-Niklaas-Waas.
Geneesherenvereniging Sint-Lucas Turnhout, de Mérodelei 176 - 2300 Turnhout.

Medicus Mundi

Algemeen Secretariaat : Sint Lambrechts Woluwelaan 78 - 1200 Brussel
Telefoon : 736.18.31 — P.C.R. 000-0038082-58